

MERKBLATT

Anzeige Wechsel eines/einer Filialleiter/-in

Nach § 2 Absatz 5 Satz 4 des Apothekengesetzes (ApoG) ist im Falle eines Filialleiterwechsels dieses vom Betreiber der Apotheken (Betriebserlaubnisinhaber / Betriebserlaubnisinhaber) **spätestens zwei Wochen** vor der Änderung bei der zuständigen Behörde (Arzneimittelüberwachungs- und Prüfstelle Schwerin) anzuzeigen.

Bei einem unvorhergesehenen Wechsel der Person des Verantwortlichen muss die Änderungsanzeige **unverzüglich** erfolgen. Um Missverständnisse zu vermeiden, geben Sie dieses bei der Anzeige des Wechsels des / der Filialleiters/-in mit kurzer Begründung mit an.

Das Anzeigeverfahren zum Wechsel eines/einer Filialleiters/-in ist **gebührenpflichtig**. Der Kostensatz hierfür ist in der Gesundheitswesenkostenverordnung (GesKostVO M-V) geregelt.

Wenn möglich verwenden Sie bitte hierfür die beigefügten Unterlagen und senden diese vollständig ausgefüllt und unterschrieben an das (*Postanschrift*):

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern
Arzneimittelüberwachungs- und –prüfstelle
Friedrich-Engels-Str. 47, 19061 Schwerin

Sollten Sie die Unterlagen persönlich abgeben wollen, so vereinbaren Sie bitte zuvor einen entsprechenden Abgabetermin.

Die Hausanschrift (*Achtung – keine Postzustelladresse*) ist:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern
Arzneimittelüberwachungs- und –prüfstelle
Wismarsche Straße 298, 19055 Schwerin

Für Fragen oder Terminabsprachen erreichen Sie uns:

Ansprechpartner: Frau Fornacon
Telefonnummer: 0385 588 59384
Telefaxnummer: 0385 588 59399
E-Mail: poststelle.amuest@lagus.mv-regierung.de

Erforderliche Unterlagen zur Anzeige der Filialapothekerin / des Filialapothekers

- Gültiger Staatsangehörigkeitsausweis oder amtlich beglaubigte Kopie des Personalausweises/Reisepasses des/der Filialleiters/-in
(Nur notwendig, wenn der/die Apotheker/-in erstmalig als Filialleiter/-in in der betreffenden Apotheke eingesetzt werden soll!)
- Amtlich oder notariell beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde des/der Filialleiters/-in
(Nur notwendig, wenn der/die Apotheker/-in erstmalig als Filialleiter/-in in der betreffenden Apotheke eingesetzt werden soll!)
- Ein aktueller unterschriebener tabellarischer Lebenslauf des/der Filialleiters/-in mit Angaben über die Ausbildung und die bisherige berufliche Tätigkeit.
(Nur notwendig, wenn der/die Apotheker/-in erstmalig als Filialleiter/-in in der betreffenden Apotheke eingesetzt werden soll!)
- Zeugnisse bzw. Arbeitsbescheinigungen des/der Filialleiters/-in, wenn die Approbation länger als zwei Jahre vor der jetzigen Anstellung erteilt wurde **und** mehr als zwei Jahre lang ununterbrochen **keine** pharmazeutische Tätigkeit ausgeübt wurde (z. B. nach längerer Elternzeit).
- Eine ärztliche Bescheinigung des/der geplanten Filialleiters/-in mit folgendem Inhalt:
„Frau/Herr Apotheker/-in geboren am wohnhaft in
ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs
„Apothekenleiter / Apothekenleiterin“ geeignet oder ungeeignet.“
(siehe Formular _ Anlage 2).
- Achtung! Diese Bescheinigung darf nicht älter als drei Monate sein.
- Ein amtliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG - Belegart 0 des/der Filialleiters/-in.
Bei der Beantragung ist folgendes anzugeben:
„Zur Vorlage bei der Behörde.“ / Verwendungszweck: „Filialleitung der (Name, Ort Apotheke)“
*Achtung! Das Führungszeugnis wird in der Regel innerhalb einer Woche ab der Antragstellung beim Einwohnermeldeamt des Wohnsitzes an direkt an die zuständige Behörde gesandt.
Beantragen Sie daher das Führungszeugnis bitte frühestens drei Monate vor dem geplanten Filialleitereinsatz der Apotheke, da das Führungszeugnis nach Erteilung durch das Bundesamt für Justiz nur maximal drei Monate gültig ist!*
- Anzeige Wechsel des/der Filialleiters/-in gem. § 2 Abs. 5 ApoG *(siehe Formular _ Anlage 1)*
- Eine Kopie des Arbeitsvertrages mit Angabe der Wochenarbeitsstunden (mindestens 30 h)
aus dem hervorgeht, dass die Rechte und Pflichten eines Filialleiters i.S. ApoG durch den/die eingesetzte Filialleiter/in wahrgenommen werden können.

Anzeige über den Wechsel der Filialleitung gemäß § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG

Angaben zum Betriebserlaubnisinhaber

Vorname Name
Vorname Betriebserlaubnisinhaber Nachname Betriebserlaubnisinhaber

Geburtsdatum Name Hauptapotheke
Geburtsdatum Name Hauptapotheke (= Inhaber geführte Apotheke)

Anschrift
Straße , Hausnummer, Postleitzahl und Ort der Hauptapotheke (= Inhaber geführte Apotheke)

Telefonnummer (für Rückfragen):
Telefonnummer (für Rückfragen)

E-Mail-Adresse (für Rückfragen):
E-Mail-Adresse (für Rückfragen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem übernimmt Herr/Frau Apotheker/in
Datum Beginn Vorname, Nachname Filialleiter/-in
 die Leitung der folgenden Filialapotheke:

Name Filialapotheke

Anschrift der geplanten Filialapotheke

Straße und Hausnummer Apotheke Postleitzahl Ort der Apotheke

Die wöchentliche Arbeitszeit der/des geplanten Filialleiter/-in beträgt Stunden.
 Eine Kopie des Arbeitsvertrages habe ich beigelegt.

Die Öffnungszeiten der betreffenden Filialapotheke lauten wie folgt:

	von <i>(Uhrzeit Öffnung Apotheke)</i>	bis <i>(Uhrzeit Schließung Apotheke)</i>	Öffnungszeiten <i>(Stunden / Tag)</i>
Montag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dienstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mittwoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Donnerstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freitag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonntag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Öffnungszeiten gesamt pro Woche (Stunden / Woche)			<input type="text"/>

Die Verpflichtungen, wie sie im Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG) und in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) für Apothekenleiter/-innen festgelegt sind, werden durch die/den Filialleiter/-in erfüllt.

Für die o.g. Person wurde ein amtliches **Führungszeugnis** (Belegart 0 – zur Vorlage bei der Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG; Verwendungszweck Leitung der Filialapotheke beantragt.

Name und Ort Filialapotheke

Die o.g. Anzeige zum Wechsel der/des geplanten Filialleiters/-in konnte aus folgendem Grund erst verspätet erfolgen: (*bitte kurz erläutern*) Punkt entfällt

Folgende Unterlagen der/des geplanten Filialleiters/-in habe sind dieser Anzeige beigelegt:

- Nachweis Staatsangehörigkeit *entfällt, da bereits vorliegend*
- Beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde *entfällt, da bereits vorliegend*
- Beruflicher Werdegang / *Zeugnisse bzw. Arbeitsbescheinigungen*
- Ärztliche Bescheinigung
- Kopie Arbeitsvertrag Filialleiter

Mit freundlichen
Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber Apotheke

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage
beim Landesamt für Gesundheit und Soziales MV,
Arzneimittelüberwachungs- und Prüfstelle Schwerin**

Untersuchungsdatum

Datum der Untersuchung

Zwecks geplantem Einsatz als Filialapothekenleiter / Filialapothekenleiterin

Herr / Frau Apotheker / Apothekerin

Vorname	<i>Vorname</i>	Nachname	<i>Nachname</i>	Geburtsdatum	<i>Geburtsdatum</i>
---------	----------------	----------	-----------------	--------------	---------------------

Anschrift

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

wurde von mir heute ärztlich untersucht und ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs „Apothekenleiter / Apothekenleiterin“ geeignet / ungeeignet.

Datum, Unterschrift, Stempel des Arztes / Arztpraxis